

Comisia de avizari,

Nr. inreg. .... din ..... 20.....

Taxă - chitanță: nr. .... din .....20....

## **Cerere de actualizare/modificare a avizării**

unității medico-sanitare cu personalitate juridică (SRL)

**Către: Colegiului Medicilor Stomatologi Suceava**

Subscrisa ..... CUI .....

cu sediul social aflat la adresa: .....

....., tel. contact: .....

Reprezentantă prin dr. ...., în calitate de medic administrator/membru al consiliului de administrație

Prin prezenta vă rog să-mi aprobați eliberarea unui **Act adițional** al Certificatului de avizare al subscrisei, din care să rezulte operarea modificărilor survenite în desfășurarea activității acestei unități sanitare, după cum urmează:

- 1. schimbarea denumirii unității medicale
- 2. schimbarea sediului social
- 3. schimbarea/înființarea/închiderea punctului/punctelor profesionale de lucru
- 4. introducerea/modificarea/radierea unor cabinete medicale, în baza hotărârii statutare a reprezentantului legal al unității medicale
- 5. modificarea datelor de corespondență: adresă, număr de telefon, e-mail
- 6. schimbarea medicului administrator / membrului în consiliul de administrație
- 7. radierea unor medici stomatologi avizați anterior
- 8. avizarea unor medici stomatologi cu noi contracte
- 9. avizarea unor medici stomatologi cu noi contracte, care înlocuiesc medici stomatologi avizați anterior, care nu mai profesează în cadrul unității medicale
- 10. modificarea privind datele medicilor stomatologi avizați (nume, specialități, studii complementare, etc)
- 11. orice alte modificări ce pot interveni, față de datele înscrise în certificatul de avizare și/sau în anexele la acesta (modificări CAEN, înființări de noi cabinete medicale de specialitate, etc)

Pentru aceste cerințe, mențiunile le înscriu în anexa la prezenta. Depun documentele doveditoare pentru actualizarea/modificarea datelor dosarului unității medicale sus-menționate, necesare pentru obținere avizului aferent, conform cerințelor prezentate de către Comisia de avizări a Colegiului Medicilor Stomatologi Suceava, în conformitate cu legislației în vigoare (*numărul de înregistrare al colegiului se va acorda la data la care dosarul este complet*). Menționez că, în cadrul societății funcționează un număr de ..... cabinete medicale (ca număr de specialități).

⇒ am luat la cunoștință de prevederile Legii nr. 95/2006, ale ROF CMSR, ale OG nr. 124/1998, ale Ord. MS. Nr. 1670/2025 și ale Ord. MS nr. 895/2019, inclusiv de prevederile privind compatibilitatea specialităților medicale și dotarea minimă obligatorie, precum și de celelalte prevederi legale aplicabile;

⇒ declar pe propria răspundere că acest SRL funcționează de la data de .....

⇒ **declar pe propria răspundere că, în cadrul cabinetului medical individual vor fi respectate independența profesională a medicilor și că va fi angajat doar personal medico-sanitar autorizat;**

⇒ voi declara medicii care vor profesa/care înlocuiesc alți medici în vederea avizării înainte de începerea activității acestora, iar modificările survenite referitoare la alte informații referitoare la CMI, le voi declara colegiului în termen de maxim 15 zile de la survenirea lor.

⇒ am luat la cunoștință de prevederile Codului penal privind falsul în declarații.

Semnătură olografă și ștampila (obligatorii)

Data:

sau Semnătură electronică extinsă (în cazul remiterii pe email)

